

CASOS CLÍNICOS

Dermatitis flagelada por bleomicina

Flagellated dermatitis caused by bleomycin

María Paula Isaac¹, Berenice Fouces², Marina Gagliardi³, Carla Trila⁴ y Corina Busso⁵

RESUMEN

La bleomicina es un agente antineoplásico derivado de *Streptomyces verticillus*, que se emplea en el tratamiento de diversas neoplasias malignas, como el linfoma de Hodgkin.

La dermatitis flagelada es una reacción adversa cutánea que puede manifestarse entre un día y 9 semanas después de la administración del fármaco. Clínicamente se presenta como máculas o placas eritematosas o eritematovioláceas, edematosas, de disposición lineal, que semejan

marcas de flagelación o latigazos afectando principalmente el tronco, las extremidades y la cara. Se presenta el caso de un paciente con dermatitis flagelada secundaria al uso de bleomicina.

Palabras clave: dermatitis flagelada, bleomicina, quimioterapia, toxicidad cutánea.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 150-152

ABSTRACT

Bleomycin is an antineoplastic agent derived from Streptomyces verticillus, used in the treatment of various malignant neoplasms, such as Hodgkin's lymphoma. Among its side effects is flagellate dermatitis. Flagellate dermatitis is a cutaneous adverse drug reaction that may appear between one day and 9 weeks after the administration of the drug. Clinically, it

presents as erythematous or violaceous-erythematous, edematous macules or plaques, distributed in a linear pattern, resembling whip or flagellation marks, and primarily affecting the trunk, extremities, and face. We present the case of a patient with flagellate dermatitis secondary to bleomycin use.

Key words: flagellate dermatitis, bleomycin, chemotherapy, skin toxicity.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 150-152

¹ Médica Residente, Servicio de Dermatología

² Médica Dermatóloga, Jefa de Residentes de Dermatología

³ Médica de Planta, Servicio de Dermatología

⁴ Médica de Planta, Servicio de Anatomía Patológica

⁵ Médica Dermatóloga, Jefa del Servicio de Dermatología Hospital Universitario Austral, Universidad Austral, Pilar, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Paula Isaac

E-mail: misaac@cas.austral.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 23/6/2025

Fecha de trabajo aceptado: 3/12/2025

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 31 años, con antecedente de linfoma de Hodgkin clásico estadio IIB, que presentaba una masa mediastinal voluminosa, en tratamiento quimioterápico con esquema ABVD (dacarbazina, vinblastina, doxorubicina y bleomicina), consultó en el Servicio de Dermatología por la aparición de lesiones pruriginosas en la cara, las manos, el tronco, los muslos y los glúteos, de un mes de evolución, que iniciaron tras la infusión del primer ciclo de quimioterapia.

Al examen físico se observaban placas eritemato-

parduzcas, infiltradas, en el dorso de ambas manos, principalmente en los nudillos (Foto 1), y en la cara, especialmente en la región periocular y retroauricular derecha. Presentaba algunas pápulas y placas eritematosas en los muslos (Foto 2), además de placas eritematosas lineales pruriginosas en el tronco y el dorso, con extensión hacia a la región glútea (Foto 3). El paciente mencionó que algunas de las lesiones habían comenzado tras el rascado.

Ante la sospecha diagnóstica de una dermatitis flagelada por bleomicina, se realizaron dos biopsias de piel:

de la cara lateral del muslo derecho y del borde lateral de la mano izquierda, en las cuales se evidenció epidermis con leve hiperqueratosis, acantosis, leve espongirosis y exocitosis linfocitaria, y en la dermis superficial, moderado infiltrado linfocitario a predominio perivascular con aislados eosinófilos. En ambos casos los resultados de la histopatología fueron compatibles con una dermatitis espongiótica (Foto 4). Con base en los hallazgos clínicos e histopatológicos, se arribó al diagnóstico de dermatitis flagelada secundaria al uso de bleomicina.

Se indicó tratamiento vía oral con levocetirizina 10 mg/día e hidroxicina 50 mg/día, además de meprednisona 40 mg/día durante 48 horas, seguida de una reducción gradual hasta 10 mg/día. A nivel tópico se indicó crema de clobetasol al 0,05%.

El paciente evolucionó favorablemente. Posteriormente, recibió una nueva infusión del esquema ABVD, precedida por la administración de 20 mg de meprednisona, presentando una leve reactivación de las lesiones con menor intensidad del prurito.



FOTO 1: Placas eritematosas infiltradas en el dorso de la mano izquierda, predominantemente en los nudillos.



FOTO 2: Pápulas y placas eritematosas en la cara externa del muslo derecho.



FOTO 3: Placas eritematosas lineales en la fosa ilíaca derecha.

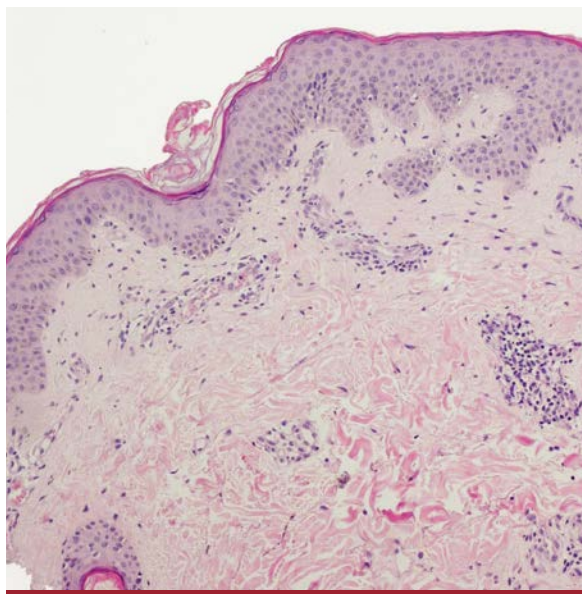


FOTO 4: Epidermis con leve hiperqueratosis, acantosis, leve espongirosis y exocitosis linfocitaria. Moderado infiltrado linfocitario a predominio perivascular en dermis superficial (H&E, 10X).

COMENTARIOS

La bleomicina es un antibiótico citotóxico que se obtiene de la bacteria *Streptomyces verticillus*, empleado en el tratamiento de neoplasias como el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, el cáncer de testículo, los carcinomas de células escamosas de cuello uterino, cavidad oral, pene y vulva¹⁻⁶. En algunos casos se utiliza en terapias intralesionales de verrugas o escleroterapia de malformaciones vasculares⁷.

Su acción citotóxica se debe a la generación de radicales libres y al daño directo sobre el ADN y ARN, generalmente dosis dependiente, aunque las reacciones cutáneas pueden presentarse incluso con dosis bajas (15-30 mg)^{3-5,7}.

Dicho fármaco se inactiva por la hidrolasa en la mayoría de los órganos, salvo en la piel y el pulmón, lo que explica la mayor toxicidad en estos tejidos⁸.

La dermatitis flagelada (DF) por bleomicina es infrecuente en adultos y muy rara en niños. Se presenta en un 8% a un 20% de los pacientes tratados con bleomicina sistémica, y puede aparecer entre 1 día y 9 semanas tras la administración del medicamento^{5,7}.

La patogenia no está completamente esclarecida; se ha postulado que la piel presenta una actividad reducida de la enzima bleomicina hidrolasa, lo que favorece la acumulación local del fármaco y la toxicidad cutánea. Esta acumulación puede ser exacerbada en prominencias óseas o zonas sometidas a microtraumatismos, donde el rascado o la presión local aumentan la extravasación de la bleomicina desde los vasos sanguíneos, facilitando la aparición de lesiones lineales⁶. También se ha planteado que las lesiones cutáneas se originarían por un aumento local de la melanogénesis⁵.

Clínicamente la DF puede presentarse con máculas digitiformes hiperpigmentadas, pápulas, placas eritematosas o eritematovioláceas, edematosas y/o vesículas que progresan hacia la hiperpigmentación posinflamatoria, distribuidas de manera lineal, que imitan mar-

cas de flagelación o latigazos^{2,4}. Inicialmente, suelen localizarse en la región anterosuperior del tronco y la espalda, y posteriormente pueden extenderse a otras áreas como las extremidades y la cara, como en el caso de nuestro paciente. Suelen ser pruriginosas y el rascado puede agravar las lesiones, perpetuando un ciclo de irritación y daño cutáneo. A medida que la erupción se vuelve menos eritematosa, las zonas afectadas se pigmentan y dicha hiperpigmentación puede permanecer aproximadamente 6 meses^{2,4,6}.

La histopatología muestra hipermelanosis con espongiosis en el estrato basal, infiltrado perivascular compuesto por linfocitos e histiocitos con presencia de melanófagos, y en estudios de microscopía electrónica se observa aumento en número y tamaño de melanosomas en los queratinocitos basales, así como melancitos con mitocondrias de mayor tamaño⁷.

Dentro de los diagnósticos diferenciales, se encuentran la ingesta del hongo *shiitake*, la dermatomiositis, la enfermedad de Still del adulto, la hidradenitis neutrofílica ecrina, así como farmacodermias por otros medicamentos, como la peplomicina y el docetaxel^{2,4}.

El tratamiento depende de la severidad del cuadro clínico; en casos leves, puede adoptarse una actitud expectante y conservadora, ya que las lesiones suelen resolverse al suspender el fármaco. Otras opciones podrían ser administrar antihistamínicos o corticoides tópicos u orales, como en el caso de nuestro paciente^{2,4}. Se debe tener en cuenta que la reexposición a la bleomicina puede causar una mayor extensión o recurrencia de la dermatitis⁶.

El interés de este caso radica en la presentación clínica llamativa y poco frecuente de la dermatitis flagelada por bleomicina. Asimismo, se destaca que el paciente pudo continuar con el tratamiento quimioterápico tras la administración previa de una dosis de corticoide por vía oral.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Cancer Institute (US). Bleomycin sulfate [Internet]. NCI Dictionary of Cancer Terms. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/bleomycin-sulfate> [consultado el 15 de junio de 2025].
2. Fyfe AJ, McKay P. Toxicities associated with bleomycin. *J R Coll Physicians Edinb*. 2010;40:213-215.
3. Cabrera-Benítez S. Bleomicina: un modelo de fibrosis pulmonar. *Rev Inst Nal Enf. Resp Mex*. 2006;19: 53-61.
4. Spiner R, Zambrano R, Colque A, Alperovich R, et al. Dermatitis flagelada por bleomicina. *Med Cutan Ibero Lat Am*. 2013;41:133-135.
5. Stevens GJ, Dossi CM, Muñoz MG. Bleomycin-induced flagellated dermatitis: a case report. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89:257-260.
6. Flores IC, Guerra MA, Cabello DG, Clave P. Dermatitis flagelada. *Dermatol. Argent*. 2012;18:307-309.
7. Wu Chang M. Trastornos de hiperpigmentación. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatología*. 4º ed. Elsevier; Barcelona, 2018:1127-1129.
8. Fernández J, Antelo Pérez G, Fornillo F, Moreira FJ, et al. Manifestaciones cutáneas secundarias al esquema ABVD. *Hematología* 2022;26:121-124.